

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 111

TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES
PÉRITONITES PUERPÉRALES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 31 juillet 1931

PAR

Émile-Paul-Léon-Auguste ARQUIÉ

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à **POUESNACH (Finistère)**, le 11 août 1908.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur ..	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur	{ <i>Juges.</i>
		PERY, agrégé	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 111

TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES
PÉRITONITES PUERPÉRALES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 31 juillet 1931

PAR

Émile-Paul-Léon-Auguste ARQUIÉ

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à **POUESNACH (Finistère)**, le 11 août 1908.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur ..	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur	{ <i>Juges.</i>
		PERY, agrégé.....	
		LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM MICHELEAU, LEURET (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Maladies mentales.....	PERRENS.
id.....	DUFOUR.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	LOUBAT.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	CREYX.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac..	N.
Accouchements.....	N.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MA GRAND'MERE

A MON GRAND-PERE

A LA MEMOIRE DE MON PERE
TUÉ GLORIEUSEMENT A VERDUN LE 8 JUIN 1916

A MA MERE

Faible témoignage de ma profonde
affection et de ma grande reconnais-
sance.

A MA FIANCEE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR DAMANY

*Médecin principal de la Marine
Professeur à l'Ecole annexe de Médecine navale de Brest,
Agréé de la Marine,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

A MES CAMARADES
DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

A MES MAITRES DES HOPITAUX ET DE LA FACULTE

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN,

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MES JUGES

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. ANDERODIAS,

*Professeur de Clinique d'accouchements,
Accoucheur des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

AVANT-PROPOS

La publication de ce modeste travail marque la fin de notre vie d'étudiant. Au moment de quitter la Faculté de Bordeaux, nous sommes heureux de témoigner notre reconnaissance à tous nos Maîtres des hôpitaux et de la Faculté de médecine.

Que M. le Professeur agrégé Péry et MM. les Docteurs Laffon et Boursier veuillent bien trouver ici l'expression de notre gratitude pour les observations qu'ils ont eu l'amabilité de nous communiquer.

Nous devons aussi remercier tout particulièrement MM. les Docteurs Mangé et Mahon pour l'aimable accueil que nous avons toujours trouvé près d'eux, pour les conseils et les observations qu'ils nous ont donnés.

Enfin, notre reconnaissance ira tout spécialement à M. le Professeur Andérodias, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et qui nous fait le grand honneur de la présider.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES

PÉRITONITES PUERPÉRALES

INTRODUCTION

Les péritonites puerpérales ont été l'objet de nombreux travaux, et leur pathogénie, leur étiologie, leurs signes cliniques, nous sont bien connus.

Aussi nous contenterons-nous de les rappeler et insisterons-nous tout particulièrement sur le traitement, au sujet duquel l'accord n'est pas encore fait.

Nous devons tout d'abord définir ce que nous comprenons sous le nom de « péritonites puerpérales », afin de bien délimiter notre sujet.

Certains auteurs admettent une distinction entre la puerpéralité *post partum* et la puerpéralité *post abortum*, distinction qu'ils considèrent comme essentielle.

Pour nous, nous grouperons sous ce titre de *péritonites puerpérales* les péritonites aussi bien *post partum* que *post abortum*, en considérant que ces deux états sont identiques, puisque dans les deux cas il y a plaie de l'appareil génital et qu'il n'y a qu'une question de surface cruentée et infectée.

Mais nous ne suivrons pas certains auteurs qui vont plus loin encore, puisqu'ils envisagent aussi toutes les péritonites susceptibles de se produire pendant l'état puerpéral, telles que celles dues à des ruptures de pyosalpinx, à des perforations de l'estomac...

Nous n'envisagerons pas non plus les péritonites survenant à la suite d'interventions césariennes.

HISTORIQUE

Les péritonites puerpérales ont existé de tout temps et leur histoire se confond avec celle de l'infection puerpérale, qui a passionné les accoucheurs, surtout depuis le début du XVIII^e siècle, et qui reste encore à l'ordre du jour (Congrès de Québec, 1928).

Deux grandes périodes peuvent être distinguées dans cette histoire : antépasteurienne et postpasteurienne, la dernière de 1889 à nos jours. Pendant celle-ci, l'étude des péritonites puerpérales a été bien plus complète, grâce aux nouvelles ressources qu'ont procurées la bactériologie et les épreuves de laboratoire, qui n'existaient pas autrefois.

I. — Période antépasteurienne.

Dans les anciens écrits, s'il en est certains qui mentionnent la péritonite, il en est bien d'autres où il n'en est pas question, bien que nous puissions reconnaître dans leurs observations l'évolution du syndrome péritonéal, malgré l'interprétation qu'ils en donnaient. Encore cette interprétation échappait-elle à la plupart de ces auteurs, et, nous n'en voulons pour preuve que toutes les théories émises, parmi lesquelles nous nous contenterons de rappeler pour mémoire :

la théorie des déviations laiteuses;

la théorie de la péritonite, cause de l'infection puerpérale.

D'autres, enfin, se contentaient, sans vouloir échafauder de théorie, de mentionner les symptômes et les lésions anatomiques qu'ils avaient constatés.

Puis vinrent les travaux de Bichat, qui, au début du xiv^e siècle, montra « que les épanchements trouvés à l'autopsie des cadavres de femmes mortes au cours d'épidémies puerpérales sont dus à l'inflammation du péritoine, et non à la déviation du lait sur le bas-ventre ».

Enfin, du début du xix^e siècle jusqu'à 1889, ce sont les travaux d'Hervieux (1870), de Siredey (1874), qui, dans leurs traités des maladies puerpérales, consacrent un chapitre important à l'étude des péritonites.

Avant eux, des travaux sur la lymphangite para-utérine avaient fait s'ébaucher des conceptions pathogéniques suivant lesquelles l'infection puerpérale était extrêmement fréquente au cours des épidémies de fièvre puerpérale, et les anciens auteurs en avaient déjà enregistré certains symptômes fréquents, tels que : diarrhée, météorisme abdominal, accélération du pouls, s'opposant à la rareté des vomissements.

II. — Période postpasteurienne.

Puis, avec Pasteur, vinrent la découverte du streptocoque, la bactériologie et de nouveaux moyens de laboratoire qui permirent une étude plus approfondie de la question.

Mais depuis Pasteur les épidémies puerpérales ont presque disparu; si bien que le nombre des péritonites *post partum* a beaucoup décru. Au contraire, les avortements sont toujours aussi fréquents et les observations de péritonites *post abortum* sont infiniment plus nombreuses que les premières.

De nombreux travaux ont été faits sur cette question, qui a été également l'objet de rapports à de nombreux congrès (Congrès de chirurgie, 1894; Rome, 1899; Congrès de chirurgie, 1911; Madrid, 1921; Strasbourg, 1923; Québec, 1928) et de discussions importantes aux diverses sociétés d'obstétrique.

ETIOLOGIE

La péritonite puerpérale est presque toujours due au streptocoque hémolytique (Suzor le trouve 11 fois sur 11 observations, Keller 7 fois sur 7), qu'on met facilement en évidence par l'examen bactériologique du pus.

Le streptocoque existe le plus souvent à l'état pur, mais se rencontre également en association (Jeannin sur 11 cas de péritonite le trouve 6 fois à l'état pur et 5 fois associé à d'autres microbes). En fait, malgré l'association, c'est toujours lui qui en est cause.

L'étiologie des péritonites puerpérales se confond avec celle de l'infection puerpérale, dont la péritonite n'est qu'un mode, une localisation.

A l'origine de l'infection, on relève soit des manœuvres abortives faites dans des conditions d'asepsie tout à fait relatives, soit un accouchement laborieux et prolongé, et l'on note alors des plaies des organes génitaux par lesquelles se feront l'infection.

Mais bien souvent l'accouchement s'est fait normalement, et rien ne laissait prévoir l'infection. Celle-ci est alors la localisation sur le péritoine d'une infection générale à streptocoques. Ce fait est surtout fréquent en période d'épidémie grippale et il est frappant de voir combien en période de grippe s'élève le taux des infections. On note, en général, au début une angine, puis la complication se déclare, aussi faut-il en période de grippe se méfier de ces angines survenant chez une femme qui vient d'accoucher.

PATHOGENIE

Comment se fait l'atteinte péritonéale?

Elle se fait par trois modes :

- a) par inoculation directe du péritoine.
- b) par infection à point de départ génital.
- c) par localisation sur le péritoine d'une infection générale.

a) L'inoculation directe du péritoine se produit par perforation utérine soit accidentelle, soit due à des manœuvres abortives; par perforation des culs-de-sac vaginaux. Dans certains cas, la péritonite survient après un accouchement ou un avortement, par suite d'une escarre de gangrène, par suite d'un abcès utérin qui vient s'ouvrir dans le péritoine.

b) L'infection à point de départ génital peut être autogène ou hétérogène :

Autogène, les germes peuvent habiter d'avance les voies génitales et acquérir une virulence nouvelle du fait du traumatisme, du sang, qui leur offre un excellent milieu de culture. Ils peuvent être apportés par les doigts de la femme elle-même; les microbes intestinaux peuvent envahir l'utérus par voie vulvo-vaginale.

Hétérogène, les germes sont apportés par le toucher, les opérations obstétricales, les manœuvres abortives avec des mains et des instruments septiques.

Dans l'un et l'autre cas, la péritonite est consécutive aux plaies infectées du tractus génital, plaies du vagin, plaies du col, plaie placentaire.

Comment, à partir de la plaie d'inoculation, l'infection gagne-t-elle le péritoine? Il existe trois voies :

- 1° la voie lymphatique : à partir de la plaie infectée, les lymphatiques utérins communiquant avec les lymphatiques du péritoine les inoculent, et la péritonite se déclare, c'est la voie la plus fréquente;
- 2° la voie sanguine. Au niveau de la plaie d'inoculation les veines sont thrombosées du fait de l'infection. L'infection par voie sanguine seule donnera d'ailleurs plutôt une pyohémie qu'une péritonite.
- 3° la voie tubaire n'offre qu'une bien faible importance. Elle est cependant possible, et des auteurs auraient vu du pus sourdre par l'orifice tubaire et atteindre le péritoine.

En fait, le plus souvent l'infection emprunte en même temps la voie lymphatique et la voie sanguine, ce qui s'explique facilement, ces deux systèmes circulatoires étant béants, en contact avec la plaie d'inoculation, et l'on ne comprendrait pas très bien que dans ces conditions il n'y ait qu'un seul système de touché, à l'exclusion de l'autre.

c) Dans le troisième mode, la péritonite n'est que la localisation d'une septicémie, dont l'apparition a pu être favorisée par la grossesse et l'accouchement (en effet, les maladies infectieuses ont une évolution beaucoup plus sérieuse et plus rapide à la fin de la gestation et aussitôt après l'accouchement, la femme étant à ce moment en état de moindre résistance).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions péritonéales observées diffèrent suivant que la péritonite est d'origine génitale ou est la localisation d'une septicémie.

I. — Péritonite d'origine génitale.

Au début. — L'épanchement peu abondant, dans le petit bassin, Il est séro-fibrineux, mais devient de plus en plus trouble à mesure qu'on se rapproche des régions déclives. L'examen bactériologique permet de constater la présence de streptocoques à l'état pur, en grande abondance, avec également de nombreux polynucléaires.

Le péritoine, qui paraît à peu près normal dans la partie haute de l'abdomen, est de plus en plus touché à mesure que l'on approche du petit bassin.

Les organes génitaux sont à ce moment normaux. Tout au plus peut-on déceler de la lymphangite para-utérine et, quelquefois, à la coupe de l'utérus et à l'examen histologique, la présence de petits abcès et de zones d'infiltration.

A la période d'état. — L'épanchement est franchement purulent, d'abondance variable.

Le péritoine est recouvert d'un exsudat fibrineux. Les anses intestinales sont rouges, distendues par les gaz. Il existe au niveau du segment inférieur une infiltration considérable du paramètre.

Les organes génitaux peuvent paraître sains macroscopiquement. Ils peuvent aussi être en voie de suppuration. L'utérus peut présenter au niveau de son fond des abcès sous-péritonéaux plus ou moins volumineux.

II. — Péritonite au cours d'une septicémie.

On note un épanchement très abondant, séro-fibrineux, dans lequel on trouve de nombreux streptocoques à l'état pur et de rares polynucléaires.

Les anses intestinales baignent dans le liquide. Le péritoine est légèrement congestionné, a perdu son poli normal. Le tissu sous-péritonéal est plus ou moins infiltré.

Les organes génitaux ont un aspect normal. A la coupe et à l'examen histologique, on ne décèle aucune lésion.

SYMPTOMES

Le tableau clinique des péritonites puerpérales est tout différent de celui de la péritonite classique.

La péritonite non puerpérale se caractérise cliniquement par les signes suivants : douleur, arrêt des matières et des gaz, vomissements, hypéresthésie cutanée, contracture, signes généraux (facies péritonéal, fièvre élevée, pouls rapide).

Dans la péritonite puerpérale :

Pas d'hypéresthésie cutanée;

Pas de contracture : la paroi abdominale est souple;

Pas d'arrêt des matières et des gaz (le plus souvent même on constate de la diarrhée);

Très souvent il n'y a pas de vomissements, ou bien ils apparaissent trop tardivement pour pouvoir fournir un élément de diagnostic;

Souvent aussi il n'y a pas de température.

A côté de ces signes négatifs, on observera :

de la douleur, à peu près constante, avec une intensité variable. Le plus souvent elle est assez violente. Localisée tout à fait au début, elle s'étend vite, en même temps que son intensité croît. Parfois, elle apparaît brusquement et elle est d'emblée généralisée;

du ballonnement;

du météorisme fréquent, mais n'apparaissant pas toujours au début;

de la diarrhée, noirâtre, fétide, ne cédant pas à la médication habituelle. C'est un des meilleurs signes de la péritonite puerpérale;

de la fièvre qui, souvent, n'existe pas, mais qui peut avoir une grande valeur dans la péritonite *post abortum*.

Le pouls se dissocie rapidement d'avec la température et monte à 130 pulsations par minute et même au delà. En même temps l'intensité des pulsations diminue, puis apparaissent l'irrégularité et l'inégalité du pouls, qui annoncent la période terminale.

Le frisson, qu'on ne trouve pas dans la péritonite banale, est ici un signe de grande valeur (Suzor le note 12 fois sur 20 observations). De longue durée, il ressemble à celui de la pneumonie et traduit l'infection générale beaucoup plus que l'atteinte péritonéale. Il doit cependant faire penser à l'apparition de la complication.

L'état général très touché, le facies, ont également une bonne valeur au point de vue du diagnostic.

Mais tous ces signes sont très variables, tous sont susceptibles de manquer, et tous, sauf les signes physiques, peuvent non pas tenir à la péritonite elle-même, mais être sous la dépendance de l'intoxication de l'organisme, de l'infection générale ou des lésions de l'appareil génital.

Devant cette imprécision de la clinique, le Professeur Delbet écrivait : « Nous avons plus de moyens d'action que de connaissances précises. Ce qui nous manque surtout, ce sont les indications opératoires. »

De cette inégalité des signes cliniques, on ne peut donner d'exemple plus frappant que cette observation communiquée, en 1903, à la Société médicale d'Angers, par M. Boquel :

« La malade entre à la Maternité, huit ou neuf jours après accouchement, infectée profondément. Le soir, examen de la malade, qui dit se trouver mieux depuis un ou deux jours, température, 38°5; pouls, 80; ventre parfaitement souple et non tendu; utérus revenu sur lui-même et non douloureux. On remet toute décision au lendemain.

La malade meurt dans la nuit, et à l'autopsie on découvre un demi-litre de pus dans le péritoine sans autre lésion. »

Ceci nous montre combien peut être quelquefois difficile le

diagnostic de péritonite puerpérale. Pour faire ce diagnostic nous nous baserons sur les signes énumérés plus haut.

En présence d'une femme qui a un ventre ballonné, qui souffre, dont l'état général est touché, nous avons deux diagnostics possibles : péritonite ou occlusion.

Mais il n'y a pas arrêt des matières et des gaz, au contraire il y a de la diarrhée, nous penserons donc à une péritonite.

PRONOSTIC

Le pronostic de la péritonite puerpérale livrée à elle même est à peu près toujours fatal. « Pour moi, disait Tarnier, le diagnostic de cette affection équivalait à un arrêt de mort ». Cette phrase, prononcée avant l'institution du traitement chirurgical de la péritonite, conserve aujourd'hui encore de sa valeur.

Rares sont, en effet, les péritonites puerpérales qui guérissent d'elles-mêmes. Suivant les statistiques des anciens auteurs, la mortalité était extrêmement élevée. Doulcet, en 1782, observa de nombreux cas de péritonites et dit que, quel que fût le traitement mis en usage, il était toujours impuissant et la mort frappait toutes les malades *sans exception*.

Dans les cas observés à Bordeaux depuis 1923, toutes les péritonites puerpérales non opérées se sont terminées par la mort.

Le traitement médical : glace sur le ventre, thérapeutique par le choc, sérum antistreptococcique, est impuissant dans les cas de péritonite déclarée.

L'abstention équivalait donc à un pronostic à peu près fatal et l'intervention s'impose. La question de savoir si l'on doit intervenir ou non ne se pose d'ailleurs plus aujourd'hui et il est admis par tous que seule l'intervention permet la possibilité de guérison. Comme le disent Lecène et Leriche : « Il n'y a pas de traitement médical de la péritonite aiguë diffuse. »

TRAITEMENT

I. — Historique.

Anciennement, seul existait le traitement médical, qui se réduisait au début à la saignée, puis à l'administration de purgatifs, de vomitifs ou d'opiacés. Puis on essaya les sels de mercure, les injections intrapéritonéales d'huile camphrée, d'oxygène, combinés avec le repos, la glace sur le ventre; ensuite vinrent les médications de choc, le sérum antistreptococcique, l'emploi du sulfarsénol, tous traitements qui ne donnèrent pas grand résultat.

Quant au traitement chirurgical, il avait peu préoccupé les anciens chirurgiens. Cependant, Guillemeau, dans son *Traité d'accouchements*, qui date de 1643, recommandait l'ouverture par le vagin quand le pus de la péritonite bombe vers cette cavité.

Guérin, en 1858, dans un article paru au *Bulletin de l'Académie de médecine*, préconisait les lavages du péritoine.

La ponction du péritoine fut en vogue pendant une certaine période. Depaul, en 1871, rapporte un cas de guérison obtenu par cette méthode, mais, par contre, Trélat, et plusieurs autres chirurgiens n'avaient obtenu aucun résultat par les ponctions.

En somme, avant 1889, on n'intervenait jamais, tout au plus se hasardait-on quelquefois à vider certaines collections purulentes enkystées.

Depuis 1889 et le rapport de Bouilly au Congrès de chirurgie de Paris, les observations de péritonites puerpérales traitées chirurgicalement se sont multipliées.

II. — Traitement médical.

Comme nous l'avons déjà dit, le traitement médical seul ne donne pas de résultats dans la péritonite puerpérale. Est-ce à dire qu'il faut l'écarter complètement de la thérapeutique des péritonites et qu'il faut s'en tenir seulement au traitement chirurgical?

Non, car le traitement médical doit être ajouté au traitement chirurgical, dont il est l'adjuvant indispensable.

En quoi consistera-t-il?

Aussitôt la malade opérée, il faut la réchauffer par tous les moyens possibles, l'installer en position de Fowler, la soutenir par des injections de sérum glucosé. On pourra installer un goutte-à-goutte rectal suivant la méthode de Murphy et on donnera ainsi jusqu'à 2 litres de sérum glucosé par jour.

Il faudra employer aussi les tonicardiaques: huile camphrée, caféine, strychnine.

On pourra également oxygéner la malade, soit par injections sous-cutanées, soit en faisant respirer de l'oxygène à la malade, soit encore en imbibant chaque jour les compresses du Mikulicz avec de l'eau oxygénée.

On a posé également la question de la transfusion sanguine, qui a quelquefois donné de très bons résultats (Jubé, Caplesco). On pourra la pratiquer dans les cas graves, en dernière ressource.

Certains accoucheurs font aussi systématiquement des injections de sérum antistreptococcique. Il ne semble pas que cette méthode ait donné de résultats satisfaisants.

Ce traitement médical devra être particulièrement minutieux et très prolongé.

III. — Traitement chirurgical.

L'intervention chirurgicale a été pratiquée de différentes façons, que nous allons exposer dans ce chapitre. Puis nous

indiquerons la méthode qui nous semble être la méthode⁶ de choix, dont nous discuterons les avantages par rapport aux autres procédés.

Il existe deux voies pour l'intervention :

la voie abdominale;

la voie vaginale.

Enfin, il y a une troisième méthode qui réunit les deux voies, c'est le drainage abdomino-vaginal.

A. — LA VOIE ABDOMINALE.

La première employée. Au début, laparotomie sous-ombilicale et toilette du péritoine, sans drainage. On faisait seulement une incision médiane, on nettoyait le péritoine et on refermait. Les résultats n'ayant pas été satisfaisants, on fit des incisions multiples (Mauclaire faisait 2 incisions au niveau des fosses iliaques, parallèlement aux arcades de Fallope).

D'autres auteurs firent les 2 incisions de Mauclaire, plus 1 incision médiane. D'autres encore firent 4 incisions : 2 d'entre elles paramédianes et les deux autres latérales.

Une fois l'incision faite, on faisait la toilette du péritoine par plusieurs procédés :

nettoyage à sec;

aspiration;

lavage du péritoine avec une solution isotonique chaude de chlorure de sodium.

Après l'intervention, la malade était mise en position de Fowler.

Puis on déposa sur le péritoine des substances destinées à stimuler sa défense, après laparotomie et quelquefois aussi toilette du péritoine : sérum leucocygène de Raymond Petit (qui n'est autre qu'un sérum de cheval chauffé), collargol, éther, huile camphrée, oxygène, acide nucléinique avec nucléinate de soude. Les résultats obtenus par ce procédé ne correspondirent pas à ceux qu'on escomptait, ces substances

semblant paralyser plutôt qu'augmenter la défense du péritoine, et cette méthode est abandonnée aujourd'hui par presque tous les chirurgiens.

Nous avons vu que dans les premières interventions chirurgicales, on refermait après la laparotomie sans drainer.

Bien vite la nécessité du drainage s'imposa, et le drainage fut réalisé par trois procédés :

- a) drains de caoutchouc;
- b) drainage capillaire à la Mikulicz;
- c) procédé mixte par l'adjonction au Mikulicz de drains de caoutchouc.

Enfin, certains chirurgiens pratiquent l'hystérectomie abdominale : les uns faisant une hystérectomie subtotale, les autres une hystérectomie totale, tandis que d'autres laissent l'utérus sans y toucher.

B. — LA VOIE VAGINALE.

On peut, au contraire, évacuer l'épanchement en intervenant par voie basse, en pratiquant une colpotomie postérieure, ce qui a l'avantage de drainer la collection au point déclive.

Le drainage se fait par un drain de caoutchouc qu'on place dans le cul-de-sac de Douglas.

A cette intervention on peut associer également l'hystérectomie qu'on fait également par voie vaginale.

C. — LA VOIE ABDOMINO-VAGINALE.

On peut, enfin, associer les deux voies : laparotomie et colpotomie associées, en faisant la toilette du péritoine par aspiration et en drainant par les deux procédés réunis : mise en place par voie abdominale d'un Mikulicz et drainage du Douglas par un drain en caoutchouc.

Dans cette méthode, l'hystérectomie peut également être pratiquée par l'une ou l'autre des deux voies.

Maintenant que nous avons passé en revue les divers procédés, lequel d'entre eux allons-nous recommander?

Plusieurs questions se posent à nous, auxquelles nous allons essayer de répondre :

Par quelle voie intervenir?

De quelle façon faire le drainage?

Faut-il faire systématiquement l'hystérectomie ou non?

a) *Quelle voie choisir?* — L'intervention par voie abdominale nous paraît la meilleure.

On lui a reproché d'être beaucoup plus difficile à réaliser que l'intervention par voie vaginale. On l'accuse également d'être plus choquante.

Ces deux arguments ne sont pas niables, mais nous semblent peser bien peu lorsqu'on les compare aux avantages offerts :

La toilette péritonéale et l'évacuation du pus se faisant à découvert offrent de bien plus grandes garanties.

La voie abdominale a le grand avantage de permettre l'exploration des organes génitaux internes et de tous les organes abdominaux, permet de voir la lésion et de la traiter, surtout dans le cas où la péritonite est due à une cause extragénitale, lorsqu'elle est consécutive par exemple à une perforation de l'estomac, à une cholécystite suppurée, à une appendicite suppurée.

La voie vaginale, au contraire, est aveugle et expose quelquefois à des catastrophes, ainsi dans le cas qui nous a été communiqué par M. le Docteur Mangé : « Opérant une malade atteinte d'infection puerpérale *post abortum* il repoussa la voie vaginale, et à l'ouverture de l'abdomen constata qu'une anse grêle était fortement collée au fond de l'utérus; elle eût été fatalement ouverte si ce chirurgien était intervenu par voie vaginale. »

Un grand avantage encore de l'intervention abdominale est qu'elle nous permet la mise en place d'un drainage à la Mikulicz, chose totalement impossible par voie vaginale, et ceci est pour nous un argument de grosse valeur étant donnée l'importance que nous attachons à ce mode de drainage.

De plus, il est utile d'exposer à l'air un péritoine atteint .

d'infection aiguë généralisée, ce contact exerçant une véritable action antiseptique et favorisant la défense ultérieure du péritoine.

Pour toutes ces raisons nous sommes donc formellement partisan de la laparotomie.

b) *Par quel moyen devons-nous drainer?* — Des deux méthodes que nous avons à notre disposition, nous écartons tout de suite le drainage par drain de caoutchouc. « Le drain de caoutchouc ne draine pas ». (Professeur J.-L. Faure).

Le tamponnement par le procédé de Mikulicz nous semble, au contraire, trouver ici toutes ses indications :

S'il est peu tassé, il réalise parfaitement le drainage par capillarité; il diminue les résorptions massives au niveau du péritoine; il facilite la formation d'adhérences dans ces péritonites, qui n'ont aucune tendance à s'enkyster; surtout, il isole, en l'absence de péritonisation, le petit bassin infecté de la grande cavité péritonéale.

Donc, à notre sens, la mise en place du Mikulicz s'impose.

c) *Doit-on faire une hystérectomie ou non?* — Cette question a été l'objet de controverses très nombreuses et l'accord est encore loin de s'être fait sur elle.

S'il s'agit d'une péritonite, localisation d'une septicémie, les gynécologues sont presque unanimes à repousser l'hystérectomie, étant donnée l'absence des lésions génitales (Congrès des gynécologues, 1924).

Mais, même dans ce cas, Suzor, dans sa thèse, fait des réserves et dit : « Il nous paraît préférable d'enlever l'utérus, même si celui-ci apparaît macroscopiquement sain au cours de la laparotomie, car on s'aperçoit quelquefois, cet organe enlevé, qu'il présente à la coupe des microabcès dont on ne pouvait soupçonner la présence auparavant. »

Dans la péritonite à point de départ génital, certains chirurgiens sont partisans de l'hystérectomie systématique. C'était l'avis du Professeur Lecène qui proclamait « qu'il n'est pas de plus grosse faute, lorsqu'on fait une laparotomie pour péritonite, que de s'en tenir là sans rechercher la cause et

la traiter ». De même, Delbet et Cotte disent : « La mutilation qu'entraîne l'hystérectomie ne doit pas entrer en ligne de compte lorsqu'une femme est en danger de mort. »

Certains auteurs, au contraire, sont loin de partager cette manière de voir. Tissier, Cadenat, Potvin, J.-L. Faure, Voron, disent que « l'hystérectomie est une opération beaucoup trop choquante chez les péritonitiques ».

M. Gilles, dans un article paru au *Bulletin d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, 1914, écrit mieux que nous ne le ferions nous-même ce que nous en pensons : « L'une des conclusions du Congrès de 1911, la suppression de la cause érigée en principe fondamental du traitement des péritonites chirurgicales, parfaitement légitime et réalisable quand il s'agit de la résection d'un appendice gangrené, de la suture d'une perforation intestinale ou de toute autre lésion bien caractérisée, conduirait, si elle était appliquée systématiquement aux cas de péritonite puerpérale, exception faite pour ceux où l'utérus est lui-même sphacélé ou perforé, à une intervention la plupart du temps inopportune, d'autre part toujours très grave par elle-même, le choc qu'elle peut provoquer, et le plus souvent, enfin, particulièrement difficileuse. »

Le même auteur rapporte cette observation qui illustre bien sa thèse :

« Le chirurgien ne put arriver, par suite d'un blocage très serré de l'utérus, à mener à bien une hystérectomie vaginale entreprise dans le double but d'extirper le foyer infectieux, point de départ des accidents, et en même temps d'assurer par ce moyen une large voie de drainage. L'acte opératoire présentant de grosses difficultés, après de vaines tentatives d'abaissement et de morcellement, la « bonde » dut alors être laissée en place.

» Une courte incision suspubienne fut alors pratiquée. Ce fut suffisant. La malade guérit de sa péritonite. Elle est redevenue enceinte par la suite. »

Et M. Gilles ajoute : « Il serait difficile de trouver une his-

toire plus instructive et qui montre mieux l'inutilité d'une mutilation en matière de péritonite puerpérale. »

Dans notre observation II, nous avons un exemple du même genre : malgré la métrite et la périmétrite suppurée, l'hystérectomie n'a pas été pratiquée, car la malade était dans un tel état de faiblesse qu'elle n'aurait pas supporté un pareil choc opératoire. Elle a tout de même guéri, bien qu'on ait laissé l'utérus en place.

Nous ne conseillons donc l'hystérectomie que dans les cas où l'utérus est sphacélé ou perforé, ou encore dans le cas où cet utérus est transformé en une véritable éponge purulente. Mais, sauf dans ces cas extrêmes, nous nous contenterons du drainage et nous ne toucherons pas à l'utérus.

*
**

En résumé, nous proposons la technique opératoire suivante :

Intervention dès le diagnostic soupçonné, car nous considérons la précocité de l'acte opératoire comme un élément pronostique capital, et il vaut cent fois mieux pratiquer quelques laparotomies inutiles que faire une opération impuissante parce que trop tardive pour avoir perdu du temps à attendre la confirmation du diagnostic.

Si l'état général de la malade inspire déjà quelque inquiétude : pouls petit et rapide, tendance lipothymique, on usera largement avant l'intervention des stimulants et tonicardiaques habituels : huile camphrée, solucamphre, éther, caféine, adrénaline, etc.

Après cette préparation extemporanée, on passera immédiatement à l'acte opératoire.

Quelle anesthésie employer ?

La rachianesthésie nous paraît formellement contre-indiquée chez ces malades, grandes infectées et hypotendues.

L'anesthésie locale serait parfaite, mais elle paraît vraiment insuffisante pour cette intervention où le péritoine enflammé est particulièrement douloureux.

Il faudra donc recourir à une anesthésie générale aussi brève et aussi superficielle que possible, et c'est pourquoi, mieux que l'éther et surtout le chloroforme, le chlorure d'éthyle ou le protoxyde d'azote nous semblent indiqués.

La malade endormie, l'intervention devra être aussi brève, aussi peu choquante que possible. On réalisera une laparotomie médiane sous-ombilicale et on étanchera avec des compresses, ou mieux avec l'aspirateur électrique, le pus ou la sérosité libres dans le péritoine.

Toutes les pratiques qui consistent à irriguer, laver le péritoine avec des substances plus ou moins antiseptiques ou modificatrices nous paraissent devoir être formellement rejetées. Elles ont fait largement la preuve de leur inefficacité, sinon de leur innocuité.

Le premier temps essentiel de l'opération sera l'*exploration*. Rapidement, sans traumatiser les tissus enflammés, sans brasser les anses intestinales, il faudra éliminer d'une façon certaine les causes qui pourraient être à l'origine d'une péritonite non essentiellement puerpérale : perforation gastro-intestinale et surtout appendicite, dont on connaît l'allure grave et sournoise dans les suites de couches.

L'examen devra être plus méticuleux en ce qui concerne l'appareil génital. De lui dépendra la décision de pratiquer ou non l'hystérectomie : une rupture du corps, une fissure du segment inférieur, une rupture de pyosalpinx, ou même simplement du pus coulant librement par le pavillon de la trompe, seront une indication formelle de l'exérèse.

Mais si l'appareil génital ne présente pas de telles lésions, s'il paraît simplement le siège d'une lymphopéritonite peut-être un peu plus marquée que sur le reste du péritoine, c'est alors qu'il faudra, croyons-nous, savoir s'abstenir d'une intervention mutilatrice, plus longue, plus choquante, plus grave et qui ne nous a pas paru améliorer le pronostic opératoire.

L'utérus étant légèrement attiré en avant, il faut glisser dans le cul-de-sac de Douglas un sac de Mikulicz largement étalé, de façon à former une barrière de gaze entre le péri-

toine pelvien et le péritoine abdominal, et dans lequel on placera deux ou trois mèches très peu tassées, de façon à ne pas exagérer l'antéflexion utérine, cause de rétention des lochies.

Ainsi placé, le tamponnement à la Mikulicz émergera naturellement à la partie supérieure de l'incision. Sans l'étrangler, on suturera la paroi au-dessus de lui.

Cette suture de la paroi, nous y insistons, devra absolument être pratiquée en un plan au fil de bronze ou d'argent.

Cette suture en un seul plan peut seule nous garantir contre l'infection de la paroi; elle abrège le temps opératoire et, chez la femme en état puerpéral dont la paroi abdominale est complètement démusclée, elle donne une cicatrice au moins aussi solide que n'importe quel autre procédé. Elle s'impose donc à notre avis.

Ainsi comprise, l'intervention peut être exécutée en quelques minutes à peine, et la malade, immédiatement rapportée dans son lit, réchauffée et largement dopée, la supporte en général fort bien.

PRONOSTIC OPERATOIRE

Le pronostic opératoire dépend de plusieurs facteurs, au premier plan desquels se place le moment de l'intervention.

Plus l'intervention est précoce, plus la malade a de chances de guérison.

Ainsi que nous l'avons vu en rappelant l'étiologie de cette affection, la notion d'angine et d'épidémie de grippe est extrêmement importante. Un cas sporadique guérira beaucoup plus facilement, tandis qu'en temps d'épidémie le pourcentage de guérison se rapproche beaucoup de zéro.

Très importante est également la différence de pronostic entre la péritonite *post partum* et la péritonite *post abortum* : cette dernière se produisant dans les premiers mois de la gestation, l'utérus est loin d'offrir à l'invasion des germes une surface cruentée aussi étendue, des sinus aussi béants et aussi nombreux, des voies lymphatiques aussi développées qu'aux environs du terme. De plus, l'organisme qui n'a pas à subir les fatigues d'une gravidité arrivée à terme se défend beaucoup mieux contre l'infection.

Le pronostic est donc nettement plus favorable dans les péritonites *post abortum* que dans les péritonites *post partum*. Encore parmi les premières faut-il distinguer entre les péritonites survenues à la suite d'avortement accidentel (d'ailleurs l'exception) et celles consécutives à un avortement criminel, qui sont beaucoup plus graves.

Les péritonites, localisation d'une septicémie, sont d'un pronostic presque toujours fatal.

M. Jeannin a publié des statistiques où, pour la totalité des péritonites aiguës diffusées, traitées chirurgicalement,

qu'il a pu rassembler, il donne le chiffre de 40 p. 100 de guérisons. Dans le cas de péritonites *post abortum*, ce chiffre de guérisons monte à 50,9 p. 100, tandis que pour les péritonites *post partum* il est nettement abaissé.

Suzor, dans sa thèse, sur 20 observations de péritonite *post partum*, présente 4 cas de guérison, soit 20 p. 100. Il ne rapporte qu'une seule observation de péritonite *post abortum*. Cette péritonite a guéri.

Parmi les 7 observations que nous apportons, il y a 3 péritonites *post partum* et 4 péritonites *post abortum*.

Sur les 3 péritonites *post partum*, il y a eu 2 guérisons, et sur les 4 péritonites *post abortum*, 3 guérisons.

Mais nous ne pouvons nous servir de ces chiffres pour établir une statistique qui, établie sur un nombre aussi peu élevé de cas, n'aurait aucune valeur.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Présentée à la Soc. d'obst. et de gyn. de Bordeaux, 27 mai 1930,
par MM. ANDÉRODIAS et MANGÉ.

*Péritonite diffuse « post abortum ». Laparotomie.
Mikulicz. Guérison.*

Malade de 23 ans qui, enceinte d'un mois environ, tente de se faire avorter en introduisant un petit morceau de bois dans la cavité de son utérus. A la suite de cette manœuvre, elle perd un peu de sang. Au bout de quarante-huit heures, elle perd un caillot. En même temps, elle souffre du ventre. Les douleurs généralisées à tout l'abdomen augmentent rapidement d'intensité, au point de l'obliger à se coucher. Dans l'après-midi apparaissent des vomissements biliaires. La température n'a pas été prise.

A l'examen, on trouve tous les signes d'une péritonite diffuse : abdomen très ballonné, défense musculaire généralisée, palpation également douloureuse partout, hyper-sonorité, diaphragme immobile. Pas d'émission de gaz ni de matières. Facies péritonéal. Pouls petit et rapide. Le toucher vaginal ne décèle rien de particulier. Le cul-de-sac de Douglas est douloureux.

Le 18 décembre, lendemain de ces accidents, laparotomie sous anesthésie générale à l'éther. A l'ouverture de la cavité péritonéale, il s'écoule une assez grande quantité de pus vert, pas très épais. Les anses intestinales sont rouges et dilatées, l'épiploon est congestionné. L'utérus, petit, est de couleur violacée, on n'y trouve pas de perforation. Après assèchement de la cavité péritonéale à l'aspirateur, on isole l'utérus et ses annexes par un Mikulicz. Un drain

est placé en arrière. Fermeture de la paroi en un plan au fil d'argent.

Les suites opératoires ont été simples. La malade a été très fatiguée pendant quelques jours, sans que son état nous ait inspiré de sérieuses inquiétudes. Les mèches ont été enlevées les quatrième, cinquième et sixième jours après l'opération, le sac le neuvième jour.

Il y a eu un peu de suppuration pendant une dizaine de jours. La malade s'est levée le 18 janvier, un mois après l'opération.

Depuis, elle est très bien; ses premières règles ont été douloureuses, les suivantes ne l'ont pas incommodée. La paroi abdominale est solide. Le toucher vaginal ne montre rien d'anormal, l'utérus est mobile, les annexes ne sont pas douloureuses.

OBSERVATION II.

(Due à l'obligeance de MM. les Docteurs PÉRY, MANGÉ et BOURSIER.)

Péritonite diffuse « post abortum ». Laparotomie. Mikulicz. Guérison.

La malade, âgée de 28 ans, déjà mère de 5 enfants, entre à Canolle, le 14 décembre 1927, à la suite d'un avortement de 5 mois fait le 12 décembre. D'après les renseignements que l'on recueille, le placenta n'a pas été expulsé; la température est à 40 degrés, le pouls rapide; l'abdomen est distendu et douloureux.

On pratique de suite une délivrance artificielle : le placenta est très adhérent. Après l'intervention, glace sur le ventre.

Le lendemain, l'abdomen est plus distendu et plus douloureux. Le 16, les signes d'une péritonite diffuse sont au complet et l'on décide d'intervenir immédiatement.

Intervention. — Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule une abondante quantité de liquide louche libre dans la cavité péritonéale. Les anses intestinales sont rouges et très dilatées. L'utérus, gros et violacé, est fixé en arrière et sur les côtés par des masses volumineuses et fluctuantes. On essaie de les libérer et l'on ouvre ainsi

plusieurs abcès contenant du pus vert, dont l'odeur rappelle celle des abcès d'origine appendiculaire (l'appendice est libre et macroscopiquement sain). Le pus est évacué très soigneusement. En raison de l'état précaire de la malade, on repousse l'idée d'une hystérectomie et l'on se contente de placer un Mikulicz, qui isole complètement les organes génitaux et le petit bassin du reste de la cavité péritonéale.

Fermeture de la paroi en trois plans.

La malade est mise dans son lit en position de Fowler. Son état général est franchement mauvais. On fait du sérum physiologique dans les veines et sous la peau et du sérum sucré intrarectal. Piqures d'huile camphrée, d'éther, etc.

Le lendemain, la malade a de nombreux vomissements noirâtres. On pratique dans la journée trois lavages d'estomac. L'abdomen reste très ballonné; la température est aux environs de 37 degrés; le pouls bat à 140. Il existe du hoquet.

Le surlendemain, aucune modification. L'état est toujours aussi mauvais. La malade a une syncope, malgré l'emploi de sérum et de toni-cardiaques. Un lavement purgatif reste sans résultat. Les vomissements étant arrêtés, on administre un purgatif, qui a pour conséquence de déterminer des selles diarrhéiques qui persistent plusieurs jours.

Dans la suite, l'état s'améliore peu à peu. La température monte aux environs de 38 degrés; en même temps le pouls diminue de fréquence et est mieux frappé.

La glace est supprimée le sixième jour. Le Mikulicz est retiré le huitième jour.

Les sutures de la paroi lâchent en partie.

Il vient du bassin une suppuration assez abondante, qui durera longtemps.

L'amélioration se produit progressivement. La suppuration s'atténue, mais ne cesse complètement que trois mois après l'opération.

La malade quitte l'hôpital au début d'avril 1928.

Revue depuis, elle est très bien, mais le toucher vaginal permet de constater que l'utérus est noyé dans un bloc dur et immobile.

En somme, chez une femme présentant après avortement une péritonite diffuse avec périmétrite suppurée, avec un état général si mauvais que l'opération paraissait devoir précipiter l'issue fatale, le Mikulicz a donné une guérison inespérée. Il est certain que l'hystérectomie eût été préférable : le drainage eût été meilleur ; on aurait évité cette longue suppuration et la persistance de ce bloc inflammatoire constaté longtemps après l'opération. Mais en raison de l'état de la malade, il fallait faire le minimum pour ne pas lui enlever la faible chance de guérison que le Mikulicz lui a permis d'utiliser.

OBSERVATION III.

(PÉRY et MANGÉ, *Bull. et mém. Soc. d'obst. et de gyn.*, 1923, p. 228.)

Absence de rupture. Drainage. Guérison.

Mme X..., 35 ans, entre à Canolle, le 21 mars, à minuit, dans les conditions suivantes : enceinte pour la seconde fois et presque à terme, elle a perdu les eaux six jours auparavant et est entrée immédiatement chez une sage-femme. Pendant cinq jours, avec des contractions irrégulières et un peu fortes, semble-t-il, elle a continué à perdre de l'eau ; finalement, un médecin, ancien chef de clinique d'accouchements, a été appelé. Il a constaté une présentation de l'épaule avec mort de l'enfant et une dilatation de 2 francs. La malade étant anesthésiée au chloroforme, le médecin a fait une dilatation manuelle suivie de version, sur les difficultés de laquelle on n'a aucun renseignement.

La malade avait, dit-elle, déjà de la fièvre avant l'accouchement ; le lendemain, elle a commencé à souffrir beaucoup de son ventre, qui s'est fortement ballonné ; quelques vomissements sans caractères spéciaux. En présence de ces symptômes, le médecin, rappelé, envoie la malade à Canolle, où nous l'examinons quelques heures après son arrivée. Le facies n'est pas mauvais, rouge, nullement plombé. La température est à peu près normale ; le pouls rapide à 120, mais bien frappé ; la langue saburrale, mais humide.

Le ventre est très fortement ballonné, sonore partout, pas de matité dans les flancs ni les fosses iliaques. Le palper révèle une sensibilité exquise, surtout marquée dans la région sous-ombilicale, mais également nette dans l'étage supérieur de l'abdomen. Le ballonnement et la douleur empêchent de sentir nettement l'utérus.

Le toucher est rendu difficile par l'existence d'une suture périnéale; il existe, en effet, une déchirure du périnée et de l'anus. On sent seulement un col déchiqueté, avec une profonde incisure à gauche qui atteint au moins l'insertion vaginale; il est impossible de se rendre compte si elle se prolonge plus haut.

En somme, l'état général n'est pas mauvais, et en l'absence de fièvre et de vomissements actuellement, avec un pouls bien frappé, des reins qui semblent fonctionner assez bien, on pourrait dire péritonisme plutôt que péritonite. Mais la malade est munie d'un mot du médecin qui l'a accouchée et sur lequel il est écrit : « déchirure de l'utérus », avec, il est vrai, un point d'interrogation.

Dans ces conditions, étant donné que ce médecin est accoucheur, que forcément il a mis la main dans l'utérus et n'a pu écrire à la légère ce mot de déchirure de l'utérus, que, par ailleurs, tout semble réuni dans l'accouchement de la malade pour justifier ce diagnostic, et qu'enfin il existe manifestement une réaction péritonéale, nous estimons que notre devoir est d'intervenir.

Pour des raisons matérielles, la laparotomie ne peut être pratiquée que quelques heures plus tard. A l'ouverture du ventre, les anses intestinales sont très dilatées et rouges, mais sans exsudat. Il n'existe qu'une minime quantité de liquide louche dans le pelvis. L'utérus, volumineux, rouge, mais de consistance ferme, est soigneusement exploré jusqu'au fond du Douglas : il ne présente aucune solution de continuité; de même les ligaments larges sont intacts. On verse dans le péritoine environ 50 grammes d'éther et on place dans le Douglas un gros drain, qui sort par l'extrémité de l'incision.

Suture en trois plans plus fils d'argent.

On explore le col, qui est largement déchiré en trois ou quatre fragments; une incisure à gauche va jusqu'à l'insertion vaginale,

sans la dépasser. Les suites ont été des plus simples : quelques vomissements postanesthésiques, langue sèche pendant plusieurs jours, écoulement assez abondant par le drain, qui est retiré le troisième jour; le ventre s'est peu à peu affaissé, surtout après la purgation habituelle et, à l'heure actuelle, la malade peut être considérée comme définitivement hors de danger.

En somme, on peut se demander si l'intervention était vraiment utile. Cette femme n'avait pas de rupture utérine, mais on avait toutes raisons d'y penser, de par l'histoire de son accouchement, de par le mot du médecin, de par les réactions péritonéales qu'elle présentait. On aurait dû faire un toucher intra-utérin, mais il n'était possible que sous anesthésie générale, encore, en raison de la rétraction utérine, n'aurait-il pu fournir que des renseignements incomplets ou inexacts.

L'intervention n'a pas été inutile, puisque la malade avait un début de péritonite, qui a été drainée et qui, sans cela, aurait pu s'aggraver. Dans tous les cas, elle n'a pas été nuisible, ce qui est évidemment le principal.

OBSERVATION IV.

(Due à l'obligeance des Docteurs LAFOND, BOURSIER et MANGÉ.)

Péritonite « post-abortionum ». Laparotomie. Drainage. Mort.

Mlle X... entre à Canolle le 1^{er} octobre 1929.

Enceinte de 2 mois, elle aurait perdu chez elle du sang et un fœtus. A son entrée, la température est de 38°5. On pratique de suite un curage, qui ramène quelques débris placentaires. On constate l'existence de plaies vaginales, qui guériront en quatre jours.

La température, tombée après le curage, remonte, et, le 6, l'abdomen est ballonné et la malade a de la diarrhée.

Le 7, l'estomac paraît dilaté. Pas de selles.

Le 8, un lavage d'estomac ramène peu de choses. On fait des injections intraveineuses de sérum hypertonique, qui ne donnent aucun résultat.

Le 9, intervention sous rachianesthésie. Le ventre est plein de pus. Au cours de l'opération, la malade rend des gaz.

Mikulicz; drain. Injection sous-cutanée de 20 cc. de sérum anti-gangréneux polyvalent.

Le 10, légère amélioration. Mais le pouls reste petit et rapide. On donne 20 gouttes de solubaïne.

Le 11, rougeur de la fesse gauche, œdème de la vulve côté gauche.

Ces phénomènes s'accroissent le 12 et le 13.

Le 14, incision d'un abcès de la fosse ischio-rectale gauche : il s'écoule une grande quantité de liquide noirâtre et on excise les tissus sphacelés. Injection sous-cutanée de 20 cc. de sérum anti-gangréneux polyvalent.

Le 15, éviscération; issue de matières fécales par la plaie abdominale.

Suture de la paroi en un plan au fil d'argent.

Le 18, ablation du Mikulicz. Le petit bassin est rempli de matières fécales.

Morte ce même jour à 23 heures.

L'hémoculture n'a montré que du colibacille.

L'ensemencement du pus péritonéal a donné : colibacille, staphylocoques, streptocoques.

Les 15, 16, 17, on a fait du sérum anticolibacillaire de Vincent.

L'opération a été faite un peu tardivement chez cette malade.

On s'est borné à faire un drainage, l'état ne permettant pas une hystérectomie.

Il est difficile d'expliquer l'apparition de la fistule intestinale.

Il aurait fallu intervenir le 6 ou le 7, alors que les signes abdominaux étaient à peine ébauchés. On aurait eu plus de chances de succès.

OBSERVATION V.

(Due à l'obligeance des Docteurs MANGÉ et BOURSIER.)

*Péritonite chez une malade ayant subi une application de forceps.
Drainage. Mort.*

Application de forceps au détroit inférieur.

Mme X..., 23 ans, entre à la Maternité le 29 mai 1928.

État satisfaisant les huit premiers jours.

Le neuvième jour, frisson et ascension de la température restée jusque-là aux environs de la normale.

On fait, à partir de ce jour-là, une injection intraveineuse de septicémine.

Transéatée à Canolle, le 11 juin; abcès de fixation. Signes de péritonite généralisée.

Intervention le 11 sous anesthésie générale à l'éther. L'abdomen est plein de pus. En raison du mauvais état général, on fait seulement un Mikulicz. Fermeture de la paroi en trois plans.

Malgré tout ce que l'on fait, le poulx faiblit de plus en plus et la malade meurt quatre jours après l'intervention.

Hémoculture négative.

Ensemencement du pus péritonéal : streptocoque légèrement hémolytique.

Ici encore intervention trop tardive. Nécessité de dépister ces péritonites de bonne heure pour les opérer à temps.

OBSERVATION VI (Inédite).

(Due à l'obligeance du Docteur MAHON.)

*Péritonite diffuse « post partum ». Laparotomie. Mikulicz.
Guérison.*

Primipare de 24 ans. D. R. 23-28 juillet.

Entre en travail, à terme, le 2 mai à 1 heure.

Sommet en O. I. D. P. engagé. Rupture spontanée des membranes le 2 mai à 15 heures, à grande palmaire. Dilatation complète à 15 h. 45. Forceps, à 17 h. 30, en D. P. dans l'excavation pour longueur de la période d'expulsion et arrêt de progression. Deux prises et grande rotation : extraction correcte d'un enfant de 4 kg. 200 après épisiotomie large (réparée par 4 points). On note que des pertes très purulentes s'écoulent pendant l'extraction.

La température, après l'accouchement, est de 37°2. Le dimanche 3 mai, la température est de 36°9-37°1, le pouls à 80. On ne remarque absolument rien d'anormal. La nuit du 3 au 4 est calme.

Le 4 au matin, la malade souffre du ventre et vomit. Température, 37°1; pouls, 96. Le ventre est très ballonné, peu douloureux au palper; pas d'arrêt des gaz.

Au toucher, déchirure du col n'atteignant pas le cul-de-sac vaginal.

On met de la glace sur le ventre.

Dans l'après-midi, frisson. Température, 37°4; le pouls s'élève progressivement à 150, devient petit (huile camphrée, 5 cc.). A 18 heures, l'état général est mauvais, les yeux cernés; le facies, très tiré, est anxieux; le ventre, plus ballonné que le matin, est très douloureux au-dessous de l'ombilic. La malade émet des gaz, a de la diarrhée. Pas de nouveau vomissement.

On décide d'intervenir à 18 h. 30, avec le diagnostic de péritonite puerpérale.

La malade est endormie au chlorure d'éthyle et ne sera à aucun moment mise en Trendelenburg.

Laparotomie médiane sus-ombilicale : les anses sont dilatées et très rouges; il y a du liquide bouillon sale en quantité modérée; aucune fausse membrane; aucune réaction plastique. L'utérus est normal, rouge, sans aucune solution de continuité; les trompes paraissent normales à un examen rapide. On place un Mikulicz dans le Douglas, surtout étalé en largeur, en ayant soin de ne pas trop exagérer l'antéversion utérine. Suture de la paroi au-dessus du Mikulicz, en un plan, au fil de bronze. Sérum et tonicardiaques.

La sérosité louche péritonéale prélevée pendant l'intervention n'a pu être ensemencée que quinze heures après et n'a pas poussé. L'examen direct n'a pas montré de flore microbienne.

L'amélioration est extrêmement rapide : la malade ne vomit plus, n'a plus de diarrhée. Présente de l'arrêt des gaz pendant vingt-quatre heures.

Les mèches sont enlevées le 6^e jour, le Mikulicz le 9^e, les points totaux le 12^e.

Un abcès de fixation est pratiqué aussitôt après l'intervention : il réagit faiblement.

La guérison définitive est retardée par la cicatrisation de l'orifice du Mikulicz, mais son état général est parfait et elle sort guérie, avec son enfant, au début de juillet.

OBSERVATION VII (Inédite).

(Due à l'obligeance du Docteur MAHON.)

*Péritonite diffuse « post abortum ». Hystérectomie. Mikulicz.
Guérison.*

Jeune femme de 29 ans, célibataire, pas de grossesse antérieure avouée. Envoyée à l'Hôpital Saint-André au mois de septembre 1929. Elle a été vue par un médecin de la ville et un chirurgien des hôpitaux appelé en consultation, qui ont porté le diagnostic de perforation utérine par manœuvres abortives. En effet, la malade, ayant eu un retard de règles de quelques semaines, avoue les manœuvres.

Le facies est péritonéal. Température, 39 degrés; pouls à 120. Quelques vomissements alimentaires et bilieux. Contracture abdominale interne au-dessous de l'ombilic.

Intervention immédiate. Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On tombe sur des lésions très nettes de péritonite, au début : anses rouges légèrement dilatées, péritoine dépoli, utérus plus gros que le poing, mou, rouge. Pas de perforation.

Hystérectomie subtotale; pas de suture du col ni de péritonisation. Mise en place d'un Mikulicz. Paroi abdominale en trois plans.

L'utérus contient un œuf de 2 à 3 mois, décollé, mais encore *in utero*. Pas de perforation ni de lésion traumatique apparente.

Suites favorables. Déferescence en lysis. Guérison sans incident,

sauf une fistule vésicale apparaissant au dixième jour, traitée par la sonde à demeure et guérie le vingtième jour.

En somme, de cette observation on peut simplement conclure qu'un début de péritonite a guéri après hystérectomie et drainage à la Mikulicz. Il est difficile de prévoir ce qui se serait passé si l'hystérectomie n'avait pas été pratiquée, étant donné que l'œuf était encore dans l'utérus.

Rétrospectivement il paraît qu'il eût été plus raisonnable d'évacuer d'abord l'utérus et d'intervenir quelques heures après par laparotomie et drainage si les phénomènes péritonéaux ne s'étaient pas amendés. Mais n'oublions pas que la gravité initiale de ceux-ci avait imposé à un chirurgien des hôpitaux le diagnostic de perforation utérine.

CONCLUSIONS

I. — La péritonite puerpérale est très différente, par sa symptomatologie, des autres péritonites.

II. — Son pronostic est très grave.

III. — Il existe un seul traitement de la péritonite déclarée : c'est le traitement chirurgical.

IV. — Le pronostic est d'autant meilleur, que l'intervention est plus précoce.

V. — Il est meilleur dans la péritonite *post abortum* que dans la péritonite *post partum*.

VI. — Il est meilleur également dans la péritonite à point de départ génital que dans la péritonite localisation d'une septicémie, qui guérit rarement.

VII. — Le traitement comprend :

- a) S'il y a lésion utérine : laparotomie, hystérectomie et drainage;
- b) En dehors de ces cas : laparotomie avec simple drainage par tamponnement large du péritoine, suivant le procédé de Mikulicz.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. ANDERODIAS.

VU : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 16 juillet 1931.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — Traité de médecine, 1897.
- ARNAUD. — Thèse Paris, 1910.
- ANDÉRODIAS. — *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, déc. 1928.
- Sur 1 cas de péritonite puerpérale guérie. *Soc. gyn. et obst. de Bordeaux*, mai 1930.
- AUTEFAGE. — Infection puerpérale. *Soc. d'obst. et gyn. de Paris*, 1921.
- BAR. — Congrès des gynécologues et obstétriciens, Strasbourg, 1923.
- BAR et BRINDEAU. — Les péritonites puerpérales, 1901.
- BALDWIN. — Traitement chirurgical de certaines infections puerpérales. *Amer. Journ. of obst. and gyn.*, mai 1923.
- BERTHON. — Thèse Paris, 1913.
- BOQUEL. — Péritonites puerpérales. *Arch. méd. d'Angers*, 1903 et 1912.
- L'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë. *Gyn. et Obst.*, 1921.
- BRINDEAU. — Leçons de la Clinique Tarnier. L'infection puerpérale, 1925.
- BRINDEAU et LEQUEUX. — Péritonites puerpérales. *Bull. Soc. d'obst.*, 1903.
- CADENAT. — L'hystérectomie vaginale. *Presse méd.*, janv. 1920.
- *Gyn. et Obst.*, 1921.
- *Bull. Soc. de chir.*, 1924.
- CARDOT. — Thèse Paris, 1920.
- CHOMÉ. — Pratique de l'art des accouchements, 1926.
- La grippe à la Clinique Tarnier. *Arch. mens. de gyn. et obst.*, 1916.

- COTTE. — Hystérectomie de l'infection puerpérale. Congrès de gyn. et obst., 1921.
- COURBIN et DARRIGADE. — Infection puerpérale. *Obst. et Gyn. de Bordeaux*, avril 1921.
- COURBIN. — Infection puerpérale. *Obst. et Gyn. de Bordeaux*, févr. 1922.
- DELBET. — Des suppurations pelviennes chez la femme, 1894.
- DEMELIN. — Manuel de l'accoucheur, 1924.
- DEVRAIGNE. — Manuel de l'accoucheur, 1924.
- DOUAY. — Traité de gynécologie.
— Infection puerpérale. Soc. d'obst. et gyn., 1920.
- ELKANA. — Thèse Paris, 1927.
- FAURE. — Traité de gynécologie.
— Infection puerpérale. *Obst. et Gyn. de Paris*, mai 1920.
— Congrès des gynécologistes, 1921.
— *Bull. Soc. de chir.*, 1924, avril 1931.
- FAURE, DUVAL, LECÈNE. — Discussion sur le drainage par le Mikulicz. *Bull. Soc. de chir.*, 1927.
- FROMMEL. — Perforations de l'utérus. *Wien. Klin. Wochenschr.*, 1924.
- GUENIOT. — Drainage et aspiration dans les péritonites. *Gaz. des hôp.*, 1901.
- GILLES. — Un cas de péritonite puerpérale traité par la laparotomie. *Bull. d'obst. et gyn. de Paris*, 1914.
- GREKOFF. — Traitement des péritonites purulentes généralisées. *Arch. mens. de gyn.*, juill. 1915.
- HOLLAND. — Péritonite généralisée par infection d'un utérus gravide et fibromateux. *Proced. of the Royal soc. of med.*, 1920.
- HERVIEUX. — Les maladies puerpérales, 1870.
- JEANNIN. — Les péritonites puerpérales, dans traité Bar-Brindeau, 1914.
- KELLER. — Perforations accidentelles de l'utérus. *Bull. Soc. d'obst.*, 1923.
- LAULAIGNE. — Thèse Paris, 1919.
- LECÈNE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale, 1926.
- LE JEMTEL. — L'hystérectomie abdominale dans l'infection puerpérale. *Année médicale de Caen*, mars 1920.

- MARCHAK. — Traitement par les lavages à l'éther des péritonites aiguës diffuses. *Arch. mens. d'obst.*, janv. 1915.
- MARMASSE. — Thèse Paris, 1926.
- MASURE. — Thèse Paris, 1908.
- MERCADE. — Traitement des péritonites aiguës généralisées. *Journ. de chir.*, 1914.
- MESLIER. — Thèse Paris, 1912.
- MIQUEL. — Thèse Lyon, 1928.
- MORGENSTERN. — Thèse Paris, 1922.
- NAZ. — Thèse Lyon, 1913.
- PARACHE. — Infection puerpérale. *Obstétrique*, 1923.
- PELISSIER. — Grippe et puerpéralité. *Arch. mens. de gyn. et obst.*, 1919.
- PÉRY, COURBIN et PAUZAT. — Péritonite septique puerpérale. *Obstétrique*, 1923.
- PÉRY et BALARD. — *Rev. franç. de gyn. et obst.*, juill. 1921.
- PAMAT. — Péritonite subaiguë *post partum*. *Gyn. et Obst.*, 1920.
- POLAK. — *New-York state Journ. of med.*, mars 1925.
- POTVIN. — Hystérectomie dans l'infection puerpérale. *Gyn. et Obst.*, 1921.
- RIOTTE. — *Obst. et Gyn.*, Strasbourg, 1923.
- ROBIN. — Thèse Paris, 1926.
- SIREDEY. — Traité des maladies puerpérales, 1884.
- SCHWART. — *Med. Rec.*, nov. 1920.
- SUZOR. — Thèse Paris, 1928.
- TARNIER. — Traité de l'art des accouchements, 1901.
- TRUC. — Traitement chirurgical de la péritonite. Thèse d'agrégation, Paris, 1886.
- VALLERANT. — Thèse Paris, 1913.
- VAUDESCAL. — Leçon à la Clinique Tarnier, 1924.
- WHITEHOUSE (B.). — *British med. Journ.*, août 1920.

